

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
В.Н.КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ І ПСИХОТЕРАПІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему «Психологічні особливості емоційної сфери дітей, що часто
хворіють»

Студента 4 курсу групи ПС-41 першого
(бакалаврського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми
«Психологія» за спеціальністю 053 –
ПСИХОЛОГІЯ
Волянського І.А.

Керівник: кандидат медичних наук, доцент
кафедри психологічного консультування і
психотерапії
Федосєєв В. А

Чотирьохрівнева шкала оцінювання ____
Кількість балів: _____

Члени комісії _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

м. Харків – 2024 рік

ЗМІСТ

Вступ	3
1. Розділ 1. Теоретичні основи вивчення психологічних особливостей, дітей часто хворіють респіраторними захворюваннями	6
1.1. Сутність поняття «часто хворий дитина»	6
1.2. Характеристика факторів, що впливають на здоров'я дітей молодшого дошкільного віку...	14
1.3. Специфіка соціально-психологічного розвитку дитини молодшого дошкільного віку	18
1.4. Психологічні особливості дітей молодшого дошкільного віку	20
Висновки до I розділу	26
2. Розділ 2. Дослідження психологічних особливостей, дітей часто хворіють респіраторними захворюваннями	28
2.1. Організація і методи дослідження...	28
2.2. Результати дослідження психічного стану, тривожності, ситуативної агресивності та самооцінки дітей, які часто хворіють респіраторними захворюваннями	31
2.3. Результати статистичного аналізу даних і їх інтерпретація	36
Висновки до II розділу	42
Висновок	45
Перелік використаних джерел	48

ВСТУП

У теперішній час усе більше значення набуває вивчення психологічних особливостей дітей, що часто хворіють, це пов'язано з високим рівнем їх захворюваності. Діти дошкільного віку, які хворіють респіраторними захворюваннями більше чотирьох разів на рік, складають найбільшу групу дітей, нужденних в медичної і психологічної підтримки.

Ця проблема в основному розглядається в медичному контексті з точки зору медико-фізіологічних аспектів. Результати багатьох дослідників, показують, що медичного підходу до цієї проблеми недостатньо, тому що необхідно брати до уваги психологічний аспект і розглядати соматичний статус часто хворого дитини, як результат взаємодії біологічних, соціальних і психологічних факторів. На думку багатьох фахівців, будь-яке соматичне захворювання наводить до формуванню особливою соціальної ситуації розвитку дитини, яка у дітей, які часто хворіють, формуватиметься на тлі обмеження рухової, пізнавальної і соціальної активності дитини, підвищувати рівень тривожності. Як відомо, тривожність в молодшому дошкільному віці може бути як причиною частих захворювань, так і їх наслідком через змінену соціальної ситуації розвитку 2 .

У психологічної літературі наводяться дані, які вказують на відмінності хворих дітей від їхніх здорових однолітків по ряду індивідуально-психологічних показників. Так, часто хворіючим дітям властиві виражена тривожність, боязкість, невпевненість в собі, швидка стомлюваність, залежність від думки оточуючих (передусім від думки матері). Підвищена тривожність негативно впливає на поведінку і діяльність дитини, перешкоджаючи його гармонійному розвитку.

Незважаючи на вживані зі сторони медицини заходи по зміцненню та збереженню здоров'я хворих дітей, проблеми, пов'язані з психологічним розвитком та соціалізацією їх особистості залишаються достатньо гострими.

Об'єкт дослідження: психологічні особливості дітей молодшого дошкільного віку.

Предмет дослідження: особливості дітей часто хворіють респіраторними захворюваннями.

Мета дослідження: вивчити психологічні особливості дітей, часто хворіють на респіраторні захворюваннями.

Завдання дослідження :

1. Розкрити сутність поняття «часто хворий дитина» та розглянути характеристику факторів, що впливають на здоров'я дітей молодшого дошкільного віку.
2. Визначити специфіку психологічного розвитку дитини молодшої дошкільного віку.
3. Вивчити психічний стан дітей, що хворіють респіраторними захворюваннями.
4. Дослідити особливості тривожності, агресивності та самооцінки дітей, часто хворіють респіраторними захворюваннями.
5. Виявити особливості тривожності, агресивності і самооцінки в залежності від психічного стану дітей, які часто хворіють респіраторними захворюваннями.

Гіпотеза дослідження. Ми припускаємо, що психологічні особливості (тривожність, ситуативна агресивність, рівень самооцінки) дітей молодшого дошкільного віку, часто хворіють респіраторними захворюваннями, взаємопов'язані з їх психічним станом (позитивним або негативним):

У якості основного методу математико-статистичної обробки даних було обрано кореляційний аналіз за критерієм r - Спірмена, а також виявлення відмінностей у рівні досліджуваної ознаки за критерієм U-Манна-Вітні.

Методики дослідження :

1. Методика «Паровозик» для діагностики психічного стану дитини;
2. Опитувальник діагностики тривожності дитину;
3. Методика «Вибери потрібне обличчя» Р. Темл, М. Дорки, Ст. Амена;
4. Опитувальник для діагностики ситуативною агресії дитину;

5. Методика «Сходи́нки» для діагностики самооцінки дитини.

Емпірична основа дослідження. Дитяча поліклініка «your baby». Діти молодшого дошкільного віку, у кількості 71 особа, віці від 3 до 4 років. Для визначення психологічних особливостей дітей, хворіють респіраторними захворюваннями, були досліджені 71 дитина в молодшому дошкільному віці від 3 до 4 років, а також опитані їхні батьки.

Структура роботи : робота складається з змісту, вступу, двох розділів, висновків, списку літератури.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДІТЕЙ ЧАСТО ХВОРИЮЧИХ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

1.1 Сутність поняття «часто хворий дитина»

Самою великою групою захворювань є група захворювань, пов'язаних з органами дихання. За останні 10 років такі захворювання склали 60 - 80% всієї захворюваності дітей віком до 14 років. В групі дітей дошкільного віку перше місце за частотою проявів займають гострі респіраторні інфекції, причому 49,5% з них доводиться на контингент дітей, які часто хворіють (хворіють більше 4-х раз в рік).

За визначенню Світової організації охорони здоров'я (ВООЗ), критерієм для присвоєння статусу «часта хвора дитина» є частота епізодів ГРЗ на рік. При цьому підходи до визначення частоти захворюваності у дитячому віці у різних країнах не завжди бувають, схожі. Так наприклад частота ГРВІ вісім разів на рік є нормальним показником для дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, відвідувачів дитячі установи. У практиці зарубіжних педіатрів (Великобританія, США) також вважається, що зазвичай здорові діти віком від 1 до 3 років переносять до восьми епізодів ГРЗ на рік. Якщо частота респіраторних інфекцій становить вісім і більше випадків на рік, то прийнято говорити про рекурентні (повторні) респіраторних інфекції. Крім того, для дітей старше трьох років може використовуватися інфекційний індекс (І), який визначається як відношення суми всіх випадків ГРЗ протягом року до віку дитини: $I = (\text{сума всіх випадків ГРЗ в течія року}) / (\text{вік дитини (роки)})$. І у дітей, що рідко хворіють становить 0,2-0,3, а у дітей з групи ЧБД - 1,1-3,5. ЧБД відносяться до ІІ групи здоров'я: діти з обтяженим акушерським анамнезом, функціональними і морфологічними особливостями без наявності у них хронічного захворювання.

В медицині такими, що часто хворіють вважаються:

- діти до 1 року, якщо випадки гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) - 4 та більше в рік;
- діти від 1 до 3 років - 6 та більше ГРЗ на рік;
- діти від 3 до 5 років - 5 і більше ГРЗ на рік;
- діти старше 5 років - 4 та більше ГРЗ на рік.

В останні роки виявилася тенденція до прояву захворювань у більш ранньому віці. Загальна кількість захворювань серед дітей, у тому числі дітей дошкільного віку, постійно зростає. Зросло число дітей з функціональними розладами та хронічними хворобами. Зокрема, діти першої групи здоров'я (відсутність функціональних та морфологічних відхилень) становлять лише 16,2%, другої групи (функціональні та морфологічні відхилення зі зниженою опірністю організму - ЧБД) - 82,2%, третю групу здоров'я (хронічні захворювання в стадії компенсації) становлять 1,6% дітей. Відповідно, група дітей, що часто хворіють є найбільш великою в нашому суспільстві.

І як нами було зазначено вище, у групі дітей дошкільного віку перше місце за частотою проявів займають гострі респіраторні інфекції, причому 49,5% з них припадає на контингент дітей, що часто хворіють (хворіють більше 4-х раз в рік).

Незважаючи на успіхи в діагностиці та лікування, частота ГРЗ у дітей у різних регіонах збільшується, що пов'язано:

- з погіршенням екології і забрудненням середі проживання, які призводять до неспецифічної гіперактивності респіраторного тракту і підвищеним сприйняттям до інфекції,
- з впливом соціальних факторів, змінами стилю життя з переважним вживанням продуктів тривалого зберігання, швидкого приготування, великою кількістю рафінованих продуктів, а також з впливом незбалансованого живлення, що супроводжується дефіцитом білка, поліненасичених жирних кислот, антиоксидантів, вітамінів і знижує імунну захист дитини,
- з широким, часто необґрунтованим та безконтрольним

використанням антибіотиків, що обумовлює формування дисбіозу слизових оболонок (особливо кишечника) і сприяє підвищеному сприйняттю до інфекцій,

- з відсутністю адекватної масової імунопрофілактики і імунореабілітації дітей,

- з короткочасністю імунітету до різних вірусних інфекцій, що пов'язано з різноманітністю сіро- і біотипів вірусів і пневмотропних бактерій,

- з психофізичними навантаженнями дітей на тлі вимушеної гіподинамії, що погіршує порушення функцій імунної системи зростаючого організму і підвищенням сприйняття до інфекції.

Звичайно, контакт та взаємодія організму дитини зі збудниками респіраторні інфекції є необхідними умовами становлення його імунної системи, набуття імунологічного досвіду для адекватного реагування на мікробну агресію. Тим не менш, часті ГРЗ, наступні одне за іншим, здійснюють на дитину негативний вплив.

Такі діти частіше відстають у фізичному та психомоторному розвитку. Вони часто не можуть відвідувати дитячі дошкільні установи, а в шкільному віці змушені пропускати заняття у школі. Серед дітей цієї групи у шкільному віці спостерігається у 2 рази більше за неуспішних. Психолого-педагогічні дані свідчать о низьких показниках розвитку пам'яті. У таких дітей часто зустрічаються психологічні комплекси, насамперед всього - комплекс неповноцінності, відчуття невпевненості в собі. Неможливість через часті хвороби жити повноцінно для свого віку життям може призвести до соціальної дезадаптації (дитина може уникати однолітків, бути замкнутою, грубою, дратівливою).

До групи тривалих хворих прийнято включати дітей, схильних до частих респіраторних захворювань через транзиторні, коригувані відхилення в захисних системах організму і не мають стійких органічних порушень у них. Ці діти схильні до розвитку ускладнень, таких як пневмонія, тяжкий перебіг бронхіальної астми, риніт та інших захворювань. У підлітковому віці такі діти

схильні до хронічних захворювань ШКТ, судинних дистоній, швидкої втоми.

При лікуванні ГРЗ у таких дітей використовується велика кількість медикаментів, в том числі антибіотики, які мають побічні дії і сприяють імуносупресії і сенсibilізації. Тому часті ГРЗ у дітей представляють не тільки медичну, а й соціально-економічну проблему.

З досвіду медичної практики можна, можливо, зробити висновок про відсутність стійких результатів у лікуванні таких дітей, оскільки, пройшовши курс лікування, вони незабаром хворіють знову і змушені повторно звертатися для лікування до лікаря. Відповідно, життя цих дітей обмежується колом сім'ї, вони позбавляються повноцінного спілкування з однолітками, що перешкоджає їх психічному розвитку.

При підвищенні захворюваності ГРЗ у дитини лікар педіатр визначає його у 2-у групу диспансерного спостереження, яку необхідно розцінювати як групу ризику, що вимагає підвищеної уваги до пацієнта і проведення, як додаткових обстежень, так і комплексів реабілітаційних заходів, які повинні включати не тільки медичні, але і психолого-педагогічні, логопедичні методи впливу.

Прийнято рахувати, що діти, які хворіють - феномен специфічно віковий. Цю групу складають переважно діти дошкільного віку, які хворіють на різні респіраторні захворювання до чотирьох раз в рік. Однак дослідження показують, що гострі респіраторні вірусні інфекції не єдина причина частих захворювань. До цих причин входять дитячі інфекції, отити, синусити та звернення з приводу хронічних захворювань тільки в фазі загострення.

Сьогодні існує достатньо велика кількість досліджень в галузі психосоматичної медицини, що стосуються саме дитячої практики. Основна їх частина присвячена обговоренню впливу психологічного чинника на виникнення психосоматичних розладів. У даних дослідженнях визначено сегмент захворювань, в етіології яких емоційні фактори грають незаперечно важливу роль, наприклад: термоневрози, дискінезії кишечника, головні болі, болі в суглобах, психогенна блювота, гіпо - і гіпертонічний синдром.

В даний час сучасна медицина визнає два види патогенного впливу соматичної хвороби на психіку: соматогенне (за допомогою інтоксикацій впливів на центральну нервову систему) і психогенне (реакція особистості на захворювання і його наслідки).

Основним соціальним фактором, який призводять до частих соматичних захворювань, є факт надходження та відвідування дитиною дитячого дошкільного закладу, який, у свою чергу, супроводжується такими провокуючими стрес факторами: тривале розставання з батьками та домашніми; попадання в незнайому, нову по організації та структурі предметно-просторове середовище; тривалий контакт із чужими дітьми, вихователями, персоналом.

Звичайно, важливу роль грають і хронічні стресові стани у дітей, пов'язані з відривом від сім'ї і неадекватними інтелектуальними навантаженнями, порушенням належного режиму праці і відпочинку. Особливо це стосується дітей, які мають в анамнезі мінімальне ушкодження нервової системи. Звикання до колективу у них відбувається настільки важко і болісно, що дитина не може адекватно відповідати на стресову ситуацію, випадає фаза тренування і настає дезадаптація.

Важливо додати те, що рівень усвідомлення і дозволу людиною різних життєвих ситуацій багато в чому визначається ступенем зрілості його особистості загалом, але дитина дошкільного віку, через свої вікові особливостей, не здатна адекватно усвідомити те, що відбувається. Саме тому очевидна залежність розвитку дитини від кількісних і якісних показників його спілкування з дорослими: батьками, педагогом, а також від змісту діяльності, в яку вони залучають дитини.

Необхідно відзначити, що важливим фактором розвитку особистості виступає її активність, а умовою розвитку - успішність її самореалізації в діяльності і во взаємодії з оточуючими. У процесі вивчення цього питання було показано, що для повноцінного психічного розвитку дитина повинна активно і адекватно діяти в навколишньому світі.

У психологічній літературі наводяться дані, які вказують на відмінності дітей, що хворіють від їхніх здорових однолітків по ряду індивідуально-психологічних показників. Так, їм властиві виражена тривожність, боязкість, невпевненість в собі, швидка стомлюваність, залежність від думки оточуючих (передусім від думки матері). Вони можуть довго бути зайняті однією і тією ж іграшкою, обходячись без спілкування з іншими дітьми, проте їм потрібна присутність поряд з ними матері, від якої вони не відходять ні на крок.

Погане самопочуття, обмеження рухів, важке і тривале лікування призводять до розвитку емоційного занепокоєння, порушення сну, високої тривожності, депресивних і регресивних реакцій. Усе це відображає соціальну ситуацію розвитку, що складається в умовах хвороби. Основними наслідками цієї ситуації є зміни в спрямованості особистості, в системі самооцінок, в установці на діяльність.

Паралельно з адекватною і навіть кілька завищеною усвідомленою самооцінкою у дітей, що хворіють співіснує негативне емоційне самовідносине. У цьому випадку часто має місце порівняння з матір'ю, що виявляється у самозниженні, приписуванні собі негативних емоцій, таких, як горе (сум), страх, гнів (злість) і почуття вини.

Розвиток дитини в умовах захворювань впливає на формування її особи. Поняття "Я" у таких дітей відповідає негативному образу, вони супроводжують його негативним за змістом коментарем, за ним ховається неприйняття себе, невдоволення своєю зовнішністю, низька самооцінка. Для соматично хворої дитини характерно амбівалентне ставлення до хвороби. Так, на свідомому рівні більшість дітей розуміють, що хвороба їм заважає: не можна ходити в гості, на вулицю, потрібно лікуватися, приймати ліки, але на несвідомому рівні хвороба для них більше приваблива, чим здоров'я. Деякі дослідження показують, що хвороба "вигідна", тому що дає можливість дитині наблизитися до матері, отримати деяку емоційну підтримку в вигляді турботи і уваги. Так, діти вважають, що під час хвороби їх більше шкодуватимуть, більше будуть звертати на них увагу та турботу.

Інші сумарно виділені особливості особистості хворих дітей:

- при оцінюванні себе у хворої дитини переважає позиція "малоцінності", неповноцінності, ставлення до собі безпосередньо - чуттєве;
- у дітей середнього і старшого дошкільного віку, що часто хворіють переважає занижена самооцінка порівняно зі здоровими однолітками і багато в чому залежить від типу сімейного виховання. При цьому виявлено загальне нестійке емоційно-ціннісне ставлення дітей до себе;
- активізується власна пізнавальна активність, спрямована на подолання перешкод створюваних хворобою у реалізації життєво важливих потреб;
- слабо сформовані у дитини механізми особистісно-сміслової регуляції;
- є прагнення компенсації дефекту (у 84 % опитаних дошкільнят, що часто хворіють спрямованість бажань на запобігання хворобливих симптомів і уникнення страждань);
- немає розгорнутого життєвого плану, тобто порушено усвідомлення себе в часі, головним виміром часу є сьогоднішній день;

Основна спрямованість бажань дітей, що хворіють звернена на запобігання хворобливим симптомам та уникнення страждання (84% дітей). У той час як у їхніх здорових однолітків переважають бажання, спрямовані на перетворення навколишнього середовища (63%) та на взаємодію з іншими людьми (70%); рівень тривожності у дітей дошкільного віку, що часто хворіють вище, ніж у їх здорових однолітків (особливо у хлопчиків), причому результати мають достовірні відмінності.

Аналіз емоційного сприйняття дітьми статевих ролей показав, що у відповідях дітей обох статей (незалежно від соматичного статусу) емоційне сприйняття дівчаток достовірно позитивніше, ніж хлопчиків ("дівчата люблять добре, красиве, а хлопчики люблять все круте і страшне", "дівчата - красиві, а хлопчики - не такі красиві", "хлопчики б'ються, а дівчатка - добрі" і пр.). Виявлено відмінності і в поданні відмінних рис хлопчиків і дівчаток: у

всіх дітей домінує критерій "зовнішні ознаки" (у хлопчиків частіше, ніж у дівчаток; у здорових дітей частіше, ніж у хворих, що часто хворіють). Тим не менш, дівчатка частіше хлопчиків орієнтуються у якості особистості, а хлопчики на предметно-дійові характеристики. Виявлено також, що хлопчики, що хворіють частіше, ніж здорові, орієнтуються на особистісні характеристики в своєму поданні про статеві ролі.

Отже, хлопчики, що хворіють (у порівнянні з дівчатками, що хворіють і здоровими однолітками обох статей) мають більше високі показники за рівнем тривожності і негативним емоційним сприйняттям власної статевої ролі.

Таким чином, на підставі вищевикладеного можна зробити висновок про те, що часті ГРЗ у дітей молодшого дошкільного віку, здійснюють негативний вплив на їх фізичний і психомоторний розвиток. Психолого-педагогічні дані свідчать про низькі показники розвитку пам'яті. У таких дітей часто зустрічаються психологічні комплекси, раніше всього - комплекс неповноцінності, відчуття невпевненості у собі. Неможливість через часті хвороби жити повноцінною для свого віку життям може привести до соціальної дезадаптації (дитина може уникати однолітків, бути замкненою, грубою, дратівливою).

Виділено відмінності дітей, що часто хворіють, від їх здорових однолітків по ряду індивідуально-психологічних показників. Так, їм властиві виражена тривожність, боязкість, невпевненість в собі, швидка стомлюваність, залежність від думки оточуючих (передусім від думки матері). Доведено, що статус дитини, що часто хворого хлопчиками переживається більш болісно, ніж дівчинками, і це негативно відбивається на їх міжособистісних відносинах, оцінці себе, власних можливостей, що і провокує розвиток високої тривожності.

1.2 Характеристика факторів, що впливають на здоров'я дітей молодшого дошкільного віку.

Ні в кого не викликає сумніву той факт, що саме головне в житті будь-якої людини це здоров'я. «Здоров'я – це стан життєдіяльності, відповідний біологічному віку дитини, гармонійній єдності фізичних та інтелектуальних характеристик, формування адаптаційних і компенсаторних реакцій в процесі зростання». Отже, будь-яке держава має бути зацікавлена у збільшенні кількості здорових дітей, тому що здорове покоління – це міцний фундамент для майбутнього стабільного розвитку. І тому будь-яке суспільство буде не просто існувати, а повноцінно розвиватися в усіх напрямках, тільки маючи в основі здорових і дієздатних людей.

Здоров'я дітей піддається впливу різноманітних факторів навколишнього середовища, багато з яких оцінюються як фактори ризику розвитку несприятливих змін в організм. У виникненні порушень в стані здоров'я дітей і підлітків домінуючу роль грають 3 групи факторів:

- 1) фактори, які характеризують генотип популяції («генетичний вантаж»);
- 2) образ життя;
- 3) стан навколишнього середовища.

Однак у більшості випадків має місце не просто ізольований вплив даних факторів на дитячий організм, а відбувається складна взаємодія вищезазначених факторів з біологічними, у тому числі спадковими ресурсами. Це пояснює пряму залежність здоров'я дітей та підлітків як від середовища, в якому вони знаходяться, так і від генотипу та біологічних закономірностей зростання та розвитку.

За даними Всесвітньої Організації Охорони здоров'я (ВООЗ) в формуванні здоров'я підростаючого покоління простежується такий відсотковий розподіл впливу факторів: близько 40% - це фактори образу життя та соціальні фактори, 30% - фактори забруднення навколишнього середовища

(у том числі власне природно-кліматичних умов - 10 %), 20% - біологічні фактори та 10% - медичне обслуговування. Але, незважаючи на вищевикладене, ці величини є усередненими, тому що не в усіх випадках враховуються вікові особливості росту та розвитку дітей, не приймаються до уваги фактори формування патології в окремих періодах життя, не розглядається показник поширеності факторів ризику. Отже вплив тих або інших соціально-генетичних і медико-біологічних факторів відбувається в залежності від статі і віку індивіда.

Необхідність диференційованого підходу до оцінки ролі та внеску факторів, планування і здійсненню профілактичних і оздоровчих заходів визначається переважанням тих або інших факторів ризику конкретно для кожного віку.

Отже, при оцінюванні вкладу окремих факторів, складових соціально-гігієнічної групи, необхідно враховувати, що в різних вікових групах їх роль різна.

Серед соціальних факторів, в формуванні здоров'я у дітей в віці до 1 року, вирішальне значення мають характер сім'ї та освіта батьків. Значення впливу цих факторів зменшується у дітей в віці 1-4 років, але все ще залишається досить значущим. Одним із найважливіших факторів для цього періоду є відвідування дитиною дитячого садка. Але, попри це, вже в цьому віці починає виявлятися значення житлових умов та наявність родичів, що палять в будинку, рівень доходу сім'ї і утримання тварин.

Основними факторами (серед біологічних факторів), що надають найбільший вплив на захворюваність во всіх вікових групах дітей, є захворювання матері під час вагітності та ускладнення перебігу вагітності. Справді, наявність ускладнень при пологах (передчасні, запізнілі, стрімкі пологи, пологова слабкість) може призвести до порушення стану здоров'я і надалі, що дозволяє розцінювати їх як фактори ризику.

Особливе значення для повноцінного розвитку дитини у ранньому дитинстві мають природне вигодовування та дотримання всіх гігієнічних норм

догляду.

Але предметом нашого інтересу є дошкільний вік. Дошкільний вік - це один з самих важливих, і в то ж час це критичний період в житті кожної дитини. Саме в цьому віці відбувається активне формування процесів вищої нервової діяльності, має місце збільшення рухливості та сили нервових процесів, що нерідко приводить до виснаження дитини. Часта зміна настрою, підвищена дратівливість, швидка стомлюваність і неухважність - ось найбільш значущі психологічні показники цього періоду, Як зазначають батьки та вихователі: діти у цьому віці постійно накручують волосся, гризуть нігті, роблять безладні або хаотичні рухи (підстрибують і похитуються) або довгий час не засинають і це вірні ознаки невротичних реакцій.

Саме дошкільний період відрізняється підвищеним ризиком появи хронічних захворювань і різних алергічних реакцій у будь-якої дитини, особливо у дітей, що часто хворіють. Це відбувається за причини «глибинної» перебудови обміну речовин, через що дитячий організм частіше піддається дії дитячих інфекцій.

Щодо дітей саме дошкільного віку термін «власне здоров'я» вченими не аналізувалося. На думку вчених, власне здоров'я дошкільнят - це оптимальний стан організму, який характеризується гармонійною сформованістю фізичної, психічної, духовної та соціальної складових здоров'я та залежить від способу життя дитини, його відносини до навколишнього світу.

Виходячи з вищесказаного, пріоритетною цінністю населення (серед будь-яких вікових груп) є здоров'я, яке, на думку вчених, об'єднують чотири складники: фізичне, психічне, соціальне і духовне. Дані складові тісно пов'язані між собою і знаходяться в стані балансу між умовами середовища та адаптаційними можливостями організму.

Виходячи з аналізу психологічної літератури, можна впевнено сказати про те, що чітко позначені і проаналізовані фактори, надають впливу психологічне здоров'я дитини. Більшість із цих факторів носять соціально-психологічний, соціально-культурний і соціально- економічний характер.

Постійна відсутність вільного часу, прискорення ритму життя сучасного товариства, при цьому володіючи недостатніми умовами для зняття емоційної напруги - все це і визначає групу факторів, які носять соціально-культурний характер і надають несприятливий вплив на психологічне здоров'я підростаючого покоління. Також до всього вищепереліченого можна додати: цілодобову завантаженість батьків, їх невротизацію та як наслідок, появу високого відсотка міжособистісних проблем, до яких можна впевнено додати недостатню поінформованість о можливостях психологічних або психотерапевтичних рішень вище представлених проблем. Отже, виникає суспільний та сімейний дисонанс батьків, котрий наносить непоправну шкоду у розвиток психіки дитини.

Багато спеціалістів солідарні в переконанні, що суб'єктивне стан дитини має безпосередню зв'язок з навколишнього його обстановкою. Дані висновки вчені засновують на аналізі досліджень, проведених у різних країнах світу.

Відсутність єдності во поглядах на виховання дитини між батьками, розбіжності в сімейних відносинах, постійні протиріччя сфері дитячо-батьківських відносин - ось ті головні аспекти, які відносяться до соціально-психічних факторів, що впливають на психологічне здоров'я дітей.

У вітчизняної і в закордонній літературі проблемі подружніх і дитячо-батьківських відносин приділяється велика увага. Розкриваються та аналізуються причини і характер внутрішньосімейних конфліктів, розглядаються ситуації їх вирішення. Але найдієвіший спосіб - це подивитись на дисгармонічні сімейні відносини з позиції самої дитини, з метою виявлення впливу даного фактору на психологічне здоров'я.

Доводиться ще раз акцентувати, що даний віковий критерій характеризується надзвичайно тісною емоційною прихильністю дитини до батьків, але не з позиції залежності від них, а з позиції потреби любові, повазі та визнання. У цьому віці дитина ще не сприймає структуру сімейних відносин, у нього не сформовані навички орієнтуватися у тонкощах міжособистісного спілкування. Діти у дошкільному віці не здатні сприймати

конфлікти між батьками, тому що ще не в достатній мірі володіють навичками для того, щоб показати власні почуття і переживання. І відбувається парадокс: по перше, в більшості випадків конфлікти між батьками сприймаються дитиною як тривожна ситуація, виникає почуття незрозумілої небезпеки, по-друге, в більшості випадків дитина відчуває винною себе в виникає конфлікт. Усе це відбувається тому, що дитина не в стані усвідомити істинні причини того, що відбувається, аргументуючи це своїми «дитячими» мотивами та переживаннями: я – поганий, мене не за що кохати, я не виправдав їх надії або довіри, а значить, я не вартий любові батьків. Виходячи з вищесказаного, часті конфлікти, гучні сварки між батьками викликають у дітей-дошкільнят постійне почуття занепокоєння, невпевненості в собі, емоційної напруги і можуть стати джерелом їх психологічних порушень.

1.3 Специфіка соціально-психологічного розвитку дитини молодшого дошкільного віку

Картина адаптації дитини до дитячого садка діагностична в плані появи невротичності у дітей. Розставання з батьками і зустріч з новими дорослими, незнайомими собі людьми можуть стати для дитини серйозним психогенним фактором, що розглядається малюком як відмова від нього, відсутність батьківського кохання, уваги та захисту. Важливо, щоб цей перехід, нова спроба «розриву пуповини», була плавною, м'якою, нетравматичною. Вагому роль в цьому грають педагоги, беручі на себе відповідальність за допомогу батькам в психічному і фізичному розвитку їх дитини, за його емоційний комфорт, спокійне сприйняття нового способу життя.

Адаптація в дитячому садку збігається з кризовим моментом в психічному розвитку дитини. У три року батьки помічають серйозні зміни в поведінці дитини, вона стає впертою, примхливою, безглуздою. багато батьків не підозрюють, що в це час відбувається дуже важливий для дитини психічний процес: це перший яскравий вираз свого «Я», це її спроба самотійно

віддалитися від матері, перервати психологічну «пуповину», навчитися багато робити самому і якось вирішувати свої проблеми. Без психологічної сепарації (відділення) від батьків дитині складно буде знайти себе в цьому житті, виробити механізми психологічної адаптації та гнучкої поведінки в різних ситуаціях.

Кризи розвитку - це відносно короткі (від кількох місяців до року-двох) періоди в житті, протягом яких людина помітно змінюється, піднімається на нову життєву сходинку. Кризи бувають не тільки в дитинстві (1 рік, 3 роки, 7 років, 13 років), оскільки особистість людини розвивається безперервно. При цьому завжди відбувається зміна періодів: щодо тривалих і спокійних стабільних і більше коротких, бурхливих, критичних, т. ч. кризи - це переходи між стабільними періодами.

Дорослі здатні зрозуміти, що з ними відбувається, знаючи закономірності особистісного розвитку. З появою якихось нових якостей дорослі можуть свідомо утвердитися в них або примиритися з новим умовами життя.

Для дітей власне найближче минуле та майбутнє не зрозуміло, залишається абстракцією. Сучасні сім'ї нечисленні, де діти перебувають у одновікових дитячих колективах. Перебуваючи переважно серед дорослих та однолітків, дитина не відчуває і не бачить, що з нею скоро буде, не розуміє, що з ним відбувається, не може оцінити свою поведінку, регулювати свої вчинки і вираз емоцій.

Батьки не повинні лякатися гостроти перебігу кризи, це зовсім не негативний показник. Навпаки, яскравий прояв дитини на самоствердження у новій віковій якості свідчить, що у її психіці склалися усі вікові новоутворення для подальшого розвитку його особистості і адаптивні здібності. І, навпаки, зовнішня «безкризовість», що створює ілюзію благополуччя, може бути оманливою, свідчити про те, що в розвитку дитини не відбулося відповідних вікових змін.

На підставі вищевикладеного можна, можливо сказати, що специфіка

соціально-психологічного розвитку дитини молодшого дошкільного віку полягає в тому, що діти молодшого дошкільного віку характеризується високою інтенсивністю фізичного і психічного розвитку, дитина стає дуже активною, цілеспрямованою. Формування дитини як особистості відбувається під впливом навколишнього її світу, і особливо значну роль в цьому грають дитячий садок і родина, сім'я. Відбувається стабілізація "Я" дитини, найважливіше значення у цьому грає процес ідентифікації з батьком своєї статі. У цей віковий період також активно розвивається самосвідомість. Існує тісна емоційна прихильність дитини до батьків (особливо до матері), причому не у вигляді залежності від них, а у вигляді потреби в коханні, повазі, визнання. У міру розвитку дитини змінюється її ставлення до нових і до старих елементів середовища, бо змінюється характер їхнього впливу на дитину. Відбувається зміна тієї соціальної ситуації розвитку, яка була на початку віку. Знищується стара соціальна ситуація розвитку, і починається новий віковий період.

1.4 Психологічні особливості дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями

Враження та емоції грають вагомую роль в житті дітей, вони допомагають їм розуміти реальність. Виявляючись у поведінці, вони інформують дорослих про те, що дитині подобається, що її сердить або ж засмучує.

Особливо значимо це у дитинстві, коли вербального спілкування як такого немає. Емоційний світ малюка стає багатшим і різноманітнішим по мірі його зростання. Від таких базових почуттів як страх, радість він переходить до більше складної палітри емоцій.

Почуття, які відчувають діти молодшого дошкільного віку також можна, можливо, побачити в їх поведінці, в особі, в жестах і позах. При підвищеній тривожності негативний фон дитини характеризується пригніченістю, поганим настроєм, розгубленістю. Малюк практично не посміхається, а якщо

і посміхається, то робить це запобігливо, голова та плечі опущені, вираз обличчя сумний або індіферентний. У цих випадках з'являються труднощі в спілкуванні і встановлення контакту. Діти часто плачуть, просто дуються, часом без видимої причини. Вони велику кількість часу проводять наодинці, їх нічого не цікавить. При обстеженні подібний малюк пригнічений, не діяльний, з грою не йде на контакт. Це сприяє утворенню реакцій психологічного захисту в вигляді агресії, спрямованого на інших.

Тривога негативно впливає на розвиток особистості, з нею пов'язані різні психічні розлади, як істерія, фобії, нав'язливі стани.

На сьогоднішній день, однозначно, конкретні причини тривожності до цих пір виявити повністю не виходить, однак в дошкільному молодшому віці причиною тривожності називають проблеми і порушення в дитячо-батьківських відносинах. Наприклад, у дитячому садку тривожна дитина буде виявляти підвищену напругу, боязкість. Малюк може оглядати все з певною напругою і боязкістю, тихо вітати, сідати тільки на краєчок стільця, може здатися, що дитина чекає на якісь неприємності. Виділяють два типи тривожності: Особистісна тривожність - це ситуативно-стійкі прояви тривожності, пов'язані з наявністю у індивіда відповідних особистісних рис. Особистісна тривожність представляє собою стійку індивідуальну характеристику, яка відбиває схильність суб'єкта до тривоги. Ситуативна тривожність – може характеризуватися суб'єктивно переживаними емоціями: занепокоєнням, напругою, заклопотаністю та нервозністю. Це емоційна реакція на стресову ситуацію, вона має відмінності за інтенсивністю та часом протікання.

Тривога не завжди є негативним феноменом, так як певний рівень тривожності може опинитися сприятливим для особистості. Такий вигляд тривожності називають корисною тривожністю, її призначенням є забезпечення безпеки суб'єкта на особистісному рівні. Ступінь тривожності демонструє внутрішнє ставлення малюка до конкретного типу ситуацій і, також, дає непряму інформацію про характер взаємовідносин дитини з

дорослими в сім'ї та однолітками, дитячому садку та школі. Якщо рівень перевищує оптимальний, то можна говорити про підвищений рівень тривожності. Підвищений рівень тривожності у дитини може говорити про її недостатню емоційну пристосованість до різних соціальних ситуацій.

Настановне ставлення до себе, як до слабкого та невмілого індивідуума може формуватися у дітей молодшого дошкільного віку, які мають високий рівень тривожності, а також згодом може розвинути невпевненість в собі. Тривожна дитина боїться зробити помилку, в неї немає впевненості цілісності людини. В результаті високий рівень тривожності та невпевненості в собі відбиваються на самооцінці дитини, що є комплексом і може викликати агресивність в поведінці.

Особливості прояву тривожності:

1. При підвищеній тривожності діти агресивно реагують на емоційні повідомлення о невдачі.
2. Підвищена тривожність ускладнює процес адаптації в стресовій ситуації.
3. У дітей проявляється страх невдач, яка домінує над прагненням до досягнення успіху.
4. Особистісна тривожність притаманна сприйняттю і оцінці багатьох, об'єктивно безпечних ситуацій, які несуть в собі загрозу.

У дошкільних закладах тривожні діти не користуються загальним визнанням, також вони не виявляються в ізоляції. Такі діти малотовариські, конче невпевнені в собі, озлоблені, замкнуті, безініціативні, не виявляють лідерських якостей, уникають спілкування. Однолітки в групах проявляють прагнення домінувати над дітьми з підвищеною тривожністю, і в результаті у таких дітей виникають внутрішні конфлікти і посилюється невпевненість у собі. Так, в результаті відсутності сприятливих взаємин із однолітками, у тривожної дитини з'являється стан напруженості та тривожності, які створюють почуття неповноцінності, пригніченості чи агресивності. Також дитина може проявляти відчуженість і егоцентризм, що може сприяти

формуванню негативного відносини до оточуючих, ворожості і мстивості, прагненню до самотності.

Агресивна поведінка у дошкільнят може виражатися спалахами дратівливості, надмірної активності, непослухом, жорстокістю та забіякуватістю. Також, у багатьох дітей може спостерігатися прояв прямої і непрямой вербальної агресії. Вона може проявлятися скаргами, агресивними фантазіями або навіть прямими погрозами і образами.

Виділено три основні концепції у відношенні агресивності:

- Біологічна - агресивність є генетично запрограмованою характеристикою.
- Соціальна – агресивність є набутою формою поведінки.
- Гуманістична – агресивність є складним феноменом, котрий виникає через обмеження з природними проявами людини.

Також агресивність відрізняється за способом прояву:

- Пряма агресія - така як, фізичний вплив, вербальна агресія.
- Непряма агресія – агресія, спрямована різні об'єкти, які не були агресорами. Агресія, спрямована на самого себе.

Кожна дитина унікальна, і він або вона може реагувати на різні умови по різному. Деякі маленькі діти від природи емоційно "стійкі" в певних ситуаціях. Життерадісні діти переживають або стають свідками чогось, здавалося б, негативного чи шкідливого, не відчуваючи шкоди для своєї самооцінки або емоційного розвитку. Життестійкість не тільки дозволяє таким людям витримувати життєві стреси, та й досить часто ці діти стають високоефективними. Ця здатність також допомагає витривалим дітям підтримувати гарне здоров'я та протистояти психічним та фізичним захворюванням. Наприклад, багато маленьких дітей, що піддаються жорстокому фізичному або емоційному насильству, погано встигають у школі, стають агресивними або замкнутими, пригніченими або тривожними. Життерадісні діти можуть відчувати ті ж самі залякування і не виявляють жодних ознак або симптомів того, що цей досвід негативно вплинув на них.

Більше складна, але дуже важлива частина самоідентифікації дитини формує її культурну ідентичність. У той час як уявлення про походження і про те, як культура їхньої сім'ї вписується в загальне суспільство, занадто абстрактні для розуміння більшістю дітей.

Ніколи не рано вчити дітей культурним і релігійним традиціям. Включення дитини у важливі обіди, свята, релігійні служби тощо, а також пояснення того, що відбувається в простих термінах, дуже важливо для передачі почуття культурного тла цієї дитини. Такі ідеї, як "моя сім'я ходить у синагогу по суботах" або "бабусина традиційна їжа для душі смачна", стають частиною Я-концепції дитини. З часом і в міру розвитку в дітей раннього віку здатні розуміти, що означає, коли хтось говорить: "Я єврей" або "я афроамериканець", ці переживання будуть продовжувати та поповнювати і збагачувати їх я-концепцію.

Психологічні особливості дітей, що часто хворіють достатньо докладно розглянуті багатьма авторами. Але усі вони солідарні в тому, що усі психологічні порушення незмінно пов'язані зі стійкою емоційною напругою дитини, у тому числі, зі складнощами у розвитку вольової поведінки.

Таким чином, ми можемо зробити висновок про те, що достатньо авторів займалися вивченням психологічних особливостей дітей, які часто хворіють на респіраторні захворюваннями і вони достатньо широкі.

Підбиваючи підсумки, аналізу проблеми тривожності та агресивності у дітей дошкільного віку, можна сказати, що дана проблема має велике громадське значення. Дошкільник, потрапляє в дитячий садок, вперше виявляється в суспільстві, де поряд з іншими дітьми, він набуває соціальних навичків взаємодії та задатки навчальної діяльності. В цьому віці у дітей активно розвиваються розумові та мовні процеси, вони вчаться керувати своїми емоціями і освоюють навколишній мир. Такі негативні прояви, як підвищена тривожність і агресивність мають сильний вплив на дошкільнят. Дитина, що виявляє високу тривожність, буде невпевненою, чекати невдач. У такого дошкільника з'являються страхи, агресія, яка може виступати в ролі

захисного механізму. Тривога негативно впливає на розвиток особистості, з нею пов'язані різні психічні розлади, такі як істерія, фобії, нав'язливі стани. Так, в дитячому садку тривожна дитина буде виявляти підвищену напругу, боязкість. Вона може оглядати усе з видимою напругою і боязкістю, дуже тихо вітатись і сідати тільки на краєчок стільця, може здатися, що дитина чекає якихось неприємностей.

Абсолютно кожна людина має якійсь постійний емоційний стан, який визначає обмежений період часу її поведінки. Такий стан називають настроєм. У дорослих людей настрої залежить від таких причин, як здоров'я, успіх у роботі, особистісні проблеми в сім'ї, взаємини з коханою людиною, другом, з дітьми, з батьками.

Позитивний психічний стан дитини - це гарний, бадьорий настрої, потяг до веселощів і витівків. Нормальні діти прокидаються з посмішкою на вустах. Вони радіють новому дню і хочуть долучити до своєї радості оточуючих. Недарма в спальних кімнатах, де сплять кілька малюків, вранці чується веселий сміх, виникають бійки і неймовірна метушня. Відновлена за ніч готовність до активною життя реалізується невідкладно з пробудженням. Здоровий малюк з ранку активний і сприйнятливий. В залежності від взаємин з однолітками і інших форм активності, дитина легко і швидко засинає в встановлений час післяобіднього сну. Друга половина дня також насичена її активними діями та освітлена гарним настроєм. Увечері, щойно доторкнувшись до подушці, вона засинає глибоким здоровим сном. Заснувши, вона бачить приємні сновидіння і багато літає.

Психічний стан - психічне явище, яке в науці розглядається, як взаємодія людини з життєвим середовищем. Критеріями оцінки якого є гармонійність і врівноваженість.

Проблеми, що зустрічаються у людини можуть бути їй подолано, а можуть бути і сильнішими за неї. Людина здатна вийти зі свого суб'єктивного стану, але тільки якщо вона розуміє той факт, що бентежить. Тобто взаємодія із життєвим середовищем (оточенням, природою, світом і т.п.) можна назвати

гармонійним, при цьому зберігаються здоров'я, здатність до адекватної поведінки та діяльності, а також можливості повноцінного особистісного розвитку людини. Все це відноситься і до дітей. Психічний стан дитини знаходиться під спостереженням батьків, вихователів дитячих садів, вчителів.

Характеристика психічного стану може бути як позитивною, так і негативною.

Природно, що психічний стан дитини, що часто хворіє, буде значно відрізнятися від психоемоційного стану здорової дитини, та серед дитячого населення абсолютно здорових дітей немає. Усі діти будь-якого вікового періоду хворіють на респіраторні захворювання, а діти молодшого дошкільного віку більш вразливі, і більше схильні подібним захворюванням.

Висновки до розділу 1.

Самою великою групою є група захворювань, пов'язаних з органами дихання. За останні 10 років вони склали 60 - 80% всіх захворювань дітей в віці до 14 років. У групі дітей дошкільного віку перше місце за частотою проявів займають гострі респіраторні інфекції.

Для ефективного і стійкого лікування дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, як показують результати багатьох дослідників, щодо медичного підходу до цієї проблеми недостатньо, так як необхідно приймати во уваги психологічний аспект і розглядати соматичний статус хворої дитини як результат взаємодії біологічних, соціальних і психологічних факторів.

Основну роль в виникненні порушень в стані здоров'я дітей і підлітків грають 3 групи факторів: 1) фактори, що характеризують генотип популяції («генетичний вантаж»); 2) спосіб життя; 3) стан навколишнього середовища.

Такі психологічні особливості, як підвищена тривожність і агресивність здійснюють сильний вплив на дошкільнят. Дитина, виявляє високу тривожність, може бути невпевненою, чекатиме невдач. У такого дошкільника

з'являються страхи, агресія, яка може виступати у ролі захисного механізму. Тривога негативно впливає на розвиток особистості, з нею пов'язані різні психічні розлади, такі як істерія, фобії, нав'язливі стани. Так, у дитячому садку тривожна дитина буде виявляти підвищену напругу, боязкість. Вона може спостерігати усе з явною напругою і боязкістю, дуже тихо вітатися і сідати тільки на краєчок стільця, може здатися, що дитина чекає на якихось неприємностей.

Природно, що психічний стан дитини, що часто хворіють, буде значно відрізнятися від психоемоційного стану здорової дитини, та серед дитячого населення абсолютно здорових дітей немає. Усі діти будь-якого вікового періоду хворіють на респіраторні захворювання, а діти молодшого дошкільного віку більш вразливі, і більш схильні до подібних захворювань.

РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ, ЧАСТО ХВОРІЮЧИХ РЕСПІРАТОРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

2.1. Організація і методи дослідження

Метою дослідження є вивчення психологічних особливостей дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями.

Об'єкт дослідження: психологічні особливості дітей молодшого дошкільного віку.

Предмет дослідження: особливості дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями.

Гіпотеза дослідження. Ми припускаємо, що психологічні особливості (тривожність, ситуативна агресивність, рівень самооцінки) дітей молодшого дошкільного віку, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, взаємопов'язані з їх психічним станом (позитивним або негативним):

Методика "Паровозик".

Ціль: діагностика психічного стану дитини. Методика спрямована на визначення ступеня позитивного (ППС) і негативного (НПС) психічного стану.

Призначена для діагностики дітей з 2,5 років.

Стимульний матеріал: білий паровозик та 8 різнокольорових вагончиків (червоний, жовтий, зелений, синій, фіолетовий, сірий, коричневий, чорний). Вагончики безладно розміщуються на білому фоні.

Хід дослідження: Дитині пропонується в початку розмістити вагон, котрий більше всього подобається. Потім з решти вибирається вагон, котрий подобається менше. І так далі. Дослідження проводиться індивідуально з кожною дитиною.

Обробка і інтерпретація даних: за розміщення вагончиків певного кольору надається відповідна кількість балів. На основі суми всіх балів

робиться висновок про психічний стан дитини:

0-3 бали - позитивний психічний стан,

4-6 балів – негативний психічний стан низького ступеня;

7-9 балів - негативний психічний стан середньої ступеня;

вище 9 балів – негативний психічний стан високою ступеня.

Методика: опитувальник визначення тривожності.

Ціль: діагностика низького, середнього і високого рівня тривожності дитини.

Призначена для індивідуального чи групового опитування батьків.

Стимульний матеріал: опитувальник, що складається з 20 тверджень.

Хід дослідження: батькам пропонується оцінити кожне твердження на предмет, який характеризує їх дитину.

Обробка і інтерпретація даних: за кожен позитивну відповідь нараховується 1 бал. На основі суми балів з усіх 20 тверджень робиться висновок про рівень прояву тривожності:

1-6 балів - низький рівень тривожності,

7-14 балів – середній рівень тривожності,

15-20 балів - високий рівень тривожність.

Методика «Обери потрібне обличчя».

Ціль: діагностика рівня виразності тривожності дитини.

Призначена для індивідуального дослідження дітей з 3 років.

Стимульний матеріал: 14 малюнків з 2-ма варіантами відповідей: для дівчат і для хлопчиків. На кожному малюнку зображена стандартна для дитини ситуація. При цьому не промальовано обличчя дитини, зображено лише контури голови.

Хід дослідження: дитині пропонується вибрати один із двох варіантів відповідей на кожен малюнок, – зображення з веселим обличчям дитини, або з сумним обличчям дитини. Дослідження проводиться індивідуально з кожною дитиною.

Обробка і інтерпретація даних: підраховується загальне число

негативних виборів, коли діти обирають сумне обличчя. Ця сума ділиться на 14 (це кількість представлених малюнків) і множиться на 100. Виходить:

0-2 балів (0-20%) - низький рівень тривожності,

3-17 балів (20-50%) - середній рівень тривожності,

8-14 балів (50-100%) – найвищий рівень тривожності.

Методика: опитувальник визначення агресивності.

Ціль: діагностика рівня виразності ситуативної агресивності дитини.

Призначена для індивідуального чи групового опитування батьків.

Стимульний матеріал: опитувальник, що складається з 20 тверджень.

Хід дослідження: батькам пропонується оцінити кожне твердження на предмет, що характеризує їх дитину.

Обробка і інтерпретація даних: за кожну позитивну відповідь нараховується 1 бал. На основі суми балів з усіх 20 тверджень робиться висновок про рівні прояву агресивності:

1-5 балів - мінімальний рівень ситуативної агресивності,

6-10 балів – середній рівень ситуативної агресивності,

11-15 балів – підвищений рівень ситуативної агресивності,

16-20 балів – високий рівень ситуативної агресивності.

У нашому дослідженні для зручності аналізу отриманих даних ми об'єднали в одну групу дітей з підвищеним і високим рівнем ситуативної агресивності.

Методика «Сходи».

Ціль: діагностика рівня самооцінки дитини. Методика призначена для виявлення системи уявлень дитини про те, як вона оцінює себе сама, як, на її думку, її оцінюють інші люди і як співвідносяться ці уявлення між собою.

Призначена для дослідження дітей з 3 років.

Стимульний матеріал: малюнок з драбинкою з десяти сходів, вирізані фігурки хлопчика і дівчинки.

Діти кажуть, що найкращі діти розташовані на вершині драбинки, добрі діти – в середині драбинки, а погані діти – внизу сходи. Потім питають у

дитини на яку сходинку він поставить себе сам. Дослідження з дітьми молодшого дошкільного віку проводиться індивідуально з кожною дитиною.

Обробка і інтерпретація даних. Фіксується вибір сходинок дитиною і як це співвідноситься з рівнями вираженості самооцінки:

1, 2, 3 сходинки знизу – занижена самооцінка,

4, 5, 6, 7 сходинки – середня самооцінка,

8, 9, 10 сходинки – завищена самооцінка.

2.2. Результати дослідження психічного стану, тривожності, ситуативної агресивності і самооцінки дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями

Нами вивчено психічний стан дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями.

"Паровозик". У таблиці представлені результати дослідження особливостей вираженості психічного стану дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями.

Таблиця 2.1

Особливості вираженості психічного стану дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями

Види психічного стану	кількість	%
позитивний стан	32	45,1
негативний стан низькою ступеня	25	35,2
негативний стан середньої ступеня	12	16,9
негативний стан високою ступеня	2	2,8

Трохи менше половини дітей із респіраторними захворюваннями мають позитивний психічний стан (45,1%). Біля третини дітей з респіраторними захворюваннями виявили негативний психічний стан низького ступеня

(35,2%). У незначної кількості дітей з респіраторними захворюваннями виявлено негативний психічний стан середньої ступеня (16,9%) і високого ступеня (2,8%).

У таблиці нижче відображені середні арифметичні значення тривожності, агресивності і самооцінки у дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, при різному ступені вираженості психічного стану.

Таблиця 2.2

Особливості тривожності, агресивності та самооцінки у дітей, які часто хворіють респіраторними захворюваннями, при різному ступені вираженості психічного стану (середні арифметичні значення)

Діти, які часто хворіють респіраторними захворюваннями:	тривожність	індекс тривожності	ситуативна агресивність	самооцінка
з позитивним психічним станом	6,59	2,91	8,97	6,41
з негативним психічним станом	11,33	6,03	10,79	4,51

Середнє арифметичне значення відображає усереднений по групі показник. Розраховується середня значення наступним чином:

- підсумовуються показники у всіх випробуваних в групі.
- сума ділиться на число випробуваних.

Очевидно, що у дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, із позитивним психічним станом:

- майже в два рази нижче рівень тривожності (6,59) у дітей з ППС і 11,33 у дітей з НПС,
- втричі нижче індекс тривожності (2,19 у дітей з ППС та 6,03 у дітей з НПС),
- ситуативна агресивність (8,97) у дітей з ППС і 10,79 у дітей з НПС,

- вище рівень самооцінки (6,41) у дітей з ППС та 4,51 у дітей з НПС).

За результатами вивчення психічного стану, таким чином, виявлено дві групи молодших дошкільнят, що хворіють респіраторними захворюваннями, - діти з позитивним психічним станом і діти з негативним психічним станом різного ступеня вираженості. Кожна група дітей характеризується специфічним проявом психологічних особливостей: тривожності, ситуативної агресивності та рівня самооцінки. Розглянемо кожен їх детально. У таблиці представлена вираженість тривожності у дітей з респіраторними захворюваннями при різному ступені вираженості психічного стану.

Таблиця 2.3.

Вираженість тривожності у дітей з респіраторними захворюваннями при різному ступені вираженості психічного стану

рівень тривожності	діти з позитивним психічним станом (ППС)	діти з негативним психічним станом (НПС)
низький рівень тривожності	65,6	17,9
середній рівень тривожності	28,1	51,3
високий рівень тривожності	6,25	30,8

Серед молодших дошкільнят, що хворіють респіраторними захворюваннями, з позитивним психічним станом (ППС) найбільше дітей з низьким рівнем тривожності (65,6%), близько третини дітей мають середній рівень тривожності (28,1%), найменше дітей із низьким рівнем тривожності (6,25%).

У молодших дошкільнят, які хворіють на респіраторні захворювання, з негативним психічним станом (НПС) у половини дітей середній рівень тривожності (51,3%), у третини дітей високий рівень тривожності (30,8%),

менше всього дітей з низьким рівнем тривожності (17,9%).

У таблиці представлено вираженість індексу тривожності у дітей з респіраторними захворюваннями при різному ступені вираженості психічного стану.

Таблиця 2.4

Вираженість індексу тривожності у дітей з респіраторними захворюваннями при різному ступені вираженості психічного стану

рівень індексу тривожності	діти з позитивним психічним станом (ППС)	діти з негативним психічним станом (НПС)
низький рівень індексу тривожності	68,8	15,4
середній рівень індексу тривожності	18,8	51,3
високий рівень індексу тривожності	12,5	33,3

У молодших дошкільнят, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, з позитивним психічним станом (ППС) найбільше дітей з низьким індексом тривожності (68,8%), значно менше дітей мають середній (18,8%) і низький рівень тривожності (12,5%).

Серед молодших дошкільнят, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС) найбільше дітей із середнім (51,3% - половина) та високим індексом тривожності (33,3% - одна третина), менше всього дітей з низьким рівнем індексу тривожності (15,4%).

У таблиці представлена вираженість ситуативної агресивності у дітей з респіраторними захворюваннями при різному ступені вираженості психічного стану.

Вираженість ситуативної агресивності у дітей з респіраторними захворюваннями при різному ступені вираженості психічного стану

рівень ситуативної агресії	діти з позитивним психічним станом (ППС)	діти з негативним психічним станом (НПС)
низький рівень ситуативної агресії	3,1	23,1
середній рівень ситуативної агресії	81,3	28,2
високий рівень ситуативної агресії	15,6	48,7

У молодших дошкільнят, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, з позитивним психічним станом (ППС) найбільше дітей зі середнім рівнем ситуативної агресивності (81,3%), трохи з високим рівнем ситуативної агресивності (15,6%), майже немає дітей з низьким рівнем ситуативної агресивності (3,3%).

Серед молодших дошкільнят, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС) є діти зі усіма рівнями вираженості ситуативною агресією: високою (48,7%), середньої (28,2%) та низької (23,1%), при цьому найбільше дітей з високим рівнем ситуативної агресивності- майже половина всіх дітей.

У таблиці представлена вираженість рівня самооцінки у дітей з респіраторними захворюваннями при різному ступені виразності психічного стану.

Вираженість рівня самооцінки у дітей з респіраторними захворюваннями при різному ступені вираженості психічного стану

рівень самооцінки	діти з позитивним психічним станом (ППС)	діти з негативним психічним станом (НПС)
занижена самооцінка	25	53,8
середня самооцінка	15,6	17,9
завищена самооцінка	59,4	28,2

У молодших дошкільнят, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, із позитивним психічним станом (ППС) найбільше дітей із завищеною самооцінкою (59,4%), чверть дітей мають занижену самооцінку (25%), менше всього дітей зі середньою самооцінкою (15,6%).

Серед молодших дошкільнят, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС) найбільше дітей з заниженою самооцінкою (53,8%), близько третини дітей мають завищену самооцінку (28,2%), найменше дітей із середньою самооцінкою (17,9%).

Таким чином, якісний аналіз даних показав, що серед дітей, що часто хворіють на респіраторні захворювання, з позитивним психічним станом (ППС) більше всього молодших дошкільнят з низькою тривожністю; із середнім рівнем ситуативної агресивності та майже немає дітей з низьким рівнем ситуативної агресивності; більше всього дітей з завищеною самооцінкою. Тоді серед дітей, які часто хворіють респіраторними захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС) навпаки найбільше молодших дошкільнят із середнім та високим рівнем тривожності, з високим рівнем ситуативної агресивності та із заниженою самооцінкою.

2.3. Результати статистичного аналізу даних та їх інтерпретація

Нами поставлено завдання виявити відмінності вираженості психологічних особливостей: тривожності, індексу тривожності, ситуативної агресивності і самооцінки в двох групах: діти, що часто хворіють

респіраторними захворюваннями, з позитивним психічним станом (ППС) та діти, які часто хворіють на респіраторні захворювання, з негативним психічним станом (НПС). Для рішення даної завдань застосований U-критерій Манна-Уїтні.

Нижче в таблиці подано достовірно виявлені відмінності рівня вираженості тривожності, агресивності, самооцінки у дітей з респіраторними захворюваннями при різному ступені виразності психічного стану по критерію Манна-Уїтні.

Таблиця 2.7

Відмінності рівня вираженості тривожності, агресивності, самооцінки у дітей з респіраторними захворюваннями при різному ступені виразності психічного стану за критерієм Манна-Уїтні

параметр порівняння	U Емп	більше в групі дітей:
тривожність	271,5*	діти з негативним психічним станом (НПС)
індекс тривожності	276*	діти з негативним психічним станом (НПС)
ситуативна агресія	435,5**	діти з негативним психічним станом (НПС)
самооцінка	396**	діти з позитивним психічним станом (ППС)

Примітка: Критичні значення для N 1 = 32 та N 2 = 39: $p \leq 0,01$ – 0,422*, $p \leq 0,05$ – 0,481**.

Виявлено, що тривожність вище у дітей з негативним психічним станом (НПС);

- індекс тривожності вище у дітей з негативним психічним станом (НПС):

- ситуативна агресія вище у дітей з негативним психічним станом (НПС):

- самооцінка вище у дітей з позитивним психічним станом (ППЗ):

Розглянемо кожен параметр порівняння наочно.

Діти молодшого дошкільного віку, які часто хворіють на респіраторні захворюваннями, з позитивним психічним станом (ППС) достовірно менше виявляють тривожність. Тоді як діти молодшого дошкільного віку, які хворіють респіраторними захворюваннями з негативним психічним станом (НПС) частіше виявляють тривожність.

У дітей молодшого дошкільного віку, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, із позитивним психічним станом (ППС) достовірно менше проявляється індекс тривожності. Тоді як у дітей молодшого дошкільного віку, які хворіють на респіраторні захворювання, з негативним психічним станом (НПС) частіше проявляється індекс тривожності по результатам методики «Вибери потрібне обличчя».

Діти молодшого дошкільного віку, які часто хворіють на респіраторні захворюваннями, з позитивним психічним станом (ППС) достовірно менше виявляють ситуативну агресію. Тоді як діти молодшого дошкільного віку, що хворіють респіраторними захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС) частіше виявляють ситуативну агресію.

Діти молодшого дошкільного віку, які часто хворіють на респіраторні захворюваннями, з позитивним психічним станом (ППС) достовірно частіше виявляють підвищену самооцінку. Тоді як діти молодшого дошкільного віку, що хворіють респіраторними захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС) більше виявляють занижену самооцінку по результатами методики «сходінки».

Таким чином, діти молодшого дошкільного віку, які часто хворіють респіраторними захворюваннями, із позитивним психічним станом (ППС) достовірно менш тривожні і агресивні, мають підвищену самооцінку. Діти молодшого дошкільного віку, що хворіють респіраторними захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС) достовірно більше тривожні та агресивні, мають занижену самооцінку.

Завданням третього етапу дослідження стало виявлення особливостей тривожності, агресивності і самооцінки в залежності від психічного стану, дітей, що хворіють респіраторними захворюваннями. Для нашого дослідження застосуємо непараметричний критерій Спірмена.

Ми вивчили результати дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, із позитивним психічним станом (ППС). Таких дітей виявлено 32.

Нижче в таблиці представлені результати взаємозв'язку тривожності, агресивності, самооцінки і психічного стану у дітей з респіраторними захворюваннями з позитивним психічним станом коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена.

Таблиця 2.8

Взаємозв'язок тривожності, агресивності, самооцінки і психічного стану у дітей з респіраторними захворюваннями з позитивним психічним станом (ППС) за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена

параметр порівняння	негативний психічний стан		тривожність	індекс тривожності	ситуативна агресія	занижена самооцінка
	НПС	1	Т	ІТ	СА	СО
негативний психічний стан	НПС	1	0,509*	0,477 *	-0,025	0,190
тривожність	Т		1	0,699*	0,133	0,046
індекс тривожність	ІТ			1	0,112	0,027
ситуативна агресія	СА				1	-0,439**
занижена	СО					1

самооцінка						
------------	--	--	--	--	--	--

Примітка: критичні значення для N = 32: $p \leq 0,01$ – 0,449*, $p \leq 0,05$ – 0,349**.

Виявлено достовірний взаємозв'язок психологічних особливостей у дітей молодшого дошкільного віку, які часто хворіють респіраторними захворюваннями.

Діти з негативним психічним станом при заниженій самооцінці частіше виявляють ситуативну агресію.

Далі ми вивчили результати дітей, що хворіють респіраторними захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС). Таких дітей виявлено 39.

Нижче в таблиці представлені результати взаємозв'язку тривожності, агресивності, самооцінки і психічного стану у дітей з респіраторними захворюваннями з негативним психічним станом за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена.

Таблиця 2.9

Взаємозв'язок тривожності, агресивності, самооцінки і психічного стану у дітей з респіраторними захворюваннями з негативним психічним станом (НПС) за коефіцієнтом рангової кореляції Спірмена

параметр порівняння	негативний психічний стан	тривожність	індекс тривожності	ситуативна агресія	занижена самооцінка
	НПС	T	IT	CA	CO

негативний психічний стан	НПС	1	0,432 *	0,476 *	0,333**	-0,531 *
тривожність	Т		1	0,725*	-0,279	-0,318**
індекс тривожність	ІТ			1	-0,107	-0,373**
ситуативна агресія	СА				1	-0,252
занижена самооцінка	СС Про					1

Примітка: критичні значення для N = 32: $p \leq 0,01$ – 0,408*, $p \leq 0,05$ – 0,316**.

У дітей, які хворіють на респіраторні захворювання, з негативним психічним станом (НПС) чим гірше психічне стан, тим:

- також вище рівень тривожності
- індекс тривожності.

Чим нижче самооцінка у таких дітей, тим:

- більш виражений негативний психічний стан
- тривожність
- індекс тривожності

Діти з негативним психічним станом частіше виявляють ситуативну агресію

У цілому у дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, позитивний психічний стан (ППС) не взаємопов'язаний із ситуативною агресією та самооцінкою. Тоді як у дітей, які часто хворіють на респіраторні захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС) виявлено прямий взаємозв'язок між психічним станом і ситуативною агресією; і негативний взаємозв'язок між психічним станом і самооцінкою.

Для всіх дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, незалежно від того який психічний стан позитивний чи негативний,

характерий взаємозв'язок між тривожністю, індексом тривожності і психічним станом. Чим менш благополучний психічний стан, тим вище рівень тривожності у дітей з респіраторними захворюваннями.

Таким чином, гіпотеза дослідження підтверджена: психологічні особливості молодших дошкільнят з респіраторними захворюваннями - тривожність, ситуативна агресивність, рівень самооцінки взаємопов'язані з позитивним або негативним психічним станом дітей:

- діти молодшого дошкільного віку, які часто хворіють на респіраторні захворюваннями, з позитивним психічним станом менше тривожні і агресивні, мають підвищену самооцінку;

- діти молодшого дошкільного віку, які часто хворіють респіраторними захворюваннями, з негативним психічним станом тривожні та агресивні, мають знижену самооцінку.

Висновки до розділу 2

Нами вивчені психологічні особливості: психічний стан, тривожність, ситуативна агресивність і самооцінка дітей молодшого дошкільного віку, які хворіють на респіраторні захворювання. Проведено дослідження молодшого дошкільного віку в зв'язку з тим, що в цьому віці відбувається адаптація дітей до дошкільної освітньої установи поряд зі збільшенням кількості звернень в медичні установи у зв'язку з респіраторними захворюваннями дитини.

За результатами вивчення психічного стану виявлено дві групи молодших дошкільнят, які хворіють на респіраторні захворювання, – діти з позитивним психічним станом (45%) та діти з негативним психічним станом різного ступеня вираженості (55%). Кожна група дітей характеризується специфічним проявом психологічних особливостей: тривожності, ситуативною агресивністю і рівнем самооцінки.

Діти молодшого дошкільного віку, які хворіють респіраторними захворюваннями, з позитивним психічним станом (ППС) достовірно менш

тривожні. За результатами якісного аналізу даних виявлено, що серед таких дітей найбільше молодших дошкільнят із низькою тривожністю (68%); із середнім рівнем ситуативної агресивності (81%) і майже немає дітей з низьким рівнем ситуативної агресивності (15%); більше всього дітей з завищеною самооцінкою (59%).

Діти молодшого дошкільного віку, які хворіють респіраторними захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС) достовірно більш тривожні. За результатами якісного аналізу даних виявлено, що серед таких дітей більше всього молодших дошкільнят зі середнім (51%) і високим рівнем тривожності (33%), з високим рівнем ситуативної агресивності (48%) та із заниженою самооцінкою (53%).

Виявлено достовірний взаємозв'язок психологічних особливостей у дітей молодшого дошкільного віку, що хворіють респіраторними захворюваннями. Так, у дітей, що хворіють респіраторними захворюваннями, з позитивним психічним станом (ППС) чим гірше психічне стан, тим вище рівень тривожності. Діти з негативним психічним станом при заниженій самооцінці частіше виявляють ситуативну агресію.

У дітей, що хворіють респіраторними захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС) чим гірший психічний стан, тим самим вище рівень тривожності та індекс тривожності. Чим нижча самооцінка у таких дітей, тим більш виражений негативний психічний стан, тривожність і індекс тривожності. Діти з негативним психічним станом частіше виявляють ситуативну агресію.

Для всіх дітей, що хворіють на респіраторні захворювання, незалежно від того який психічний стан позитивний чи негативний, характерний взаємозв'язок між тривожністю, індексом тривожності і психічним станом. Чим менш благополучний психічний стан, тим вище рівень тривожності у дітей з респіраторними захворюваннями.

Таким чином, гіпотеза дослідження підтверджена: психологічні особливості молодших дошкільнят з респіраторними захворюваннями -

тривожність, ситуативна агресивність, рівень самооцінки взаємопов'язані з позитивним або негативним психічним станом дітей.

ВИСНОВОК

1. Таким чином, на підставі вищевикладеного можна зробити висновок про те, що часті ГРЗ у дітей молодшого дошкільного віку здійснюють негативний вплив на їх фізичний і психомоторний розвиток. Психолого-педагогічні дані свідчать про низькі показники розвитку пам'яті. У таких дітей часто зустрічаються психологічні комплекси, більш всього - комплекс неповноцінності, відчуття невпевненості у собі. Неможливість через часті хвороби жити повноцінним для свого віку життям, що може привести до соціальної дезадаптації (дитина може уникати однолітків, бути замкненою, грубою, дратівливою).

2. Існують відмінності дітей, що часто хворіють від їх здорових однолітків за низкою індивідуально-психологічних характеристик. Так, їм властиві виражена тривожність, боязкість, невпевненість в собі, швидка стомлюваність, залежність від думки оточуючих (насамперед від думки матері), що статус дитини, яка часто хворіє, хлопчиком переживається більше болісно, ніж дівчинкою, і це негативно віддзеркалюється на їх міжособистісних відносинах, оцінка себе, власні можливості, що і провокує розвиток високої тривожності.

3. На дитячий організм соціальні та середовищні фактори впливають не самостійно або ізольовано, а відбувається складний структурний синтез з біологічними, зокрема спадковими, чинниками. Цей факт і пояснює пряму залежність захворюваності дітей і підлітків як від середовища, в якій вони знаходяться, так і від генотипу і біологічних закономірностей зростання і розвитку.

До соціально-психічним факторів, що впливає на психологічне здоров'я дітей, відносяться будь-які порушення в сфері дитячо-батьківських відносин, дисгармонія сімейних відносин або протиріччя сімейного виховання.

4. Для повноцінного психологічного розвитку дитини найдієвішими профілактичними засобами є гармонічні відносини в сім'ї, стабільність

сімейного виховання, розуміння батьками внутрішнього світу своїх дітей, їх проблем та переживань, вміння бачити і аналізувати будь-яку ситуацію з позиції свого дитини.

5. Нами вивчені психологічні особливості: психічне стан, тривожність, ситуативна агресивність і самооцінки дітей молодшого дошкільного віку, які хворіють на респіраторні захворювання. Проведено дослідження молодшого дошкільного віку в зв'язку з тим, що в цьому віці відбувається адаптація дітей до дошкільної освітньої установи поряд з збільшенням кількості звернень в медичні установи у зв'язку з респіраторними захворюваннями дитини.

За результатами вивчення психічного стану виявлено дві групи молодших дошкільнят, які часто хворіють на респіраторні захворювання, – діти з позитивним психічним станом та діти з негативним психічним станом різного ступеня виразності. Кожна група дітей характеризується специфічним проявом психологічних особливостей: тривожності, ситуативної агресивності і рівня самооцінки.

Діти молодшого дошкільного віку, які часто хворіють на респіраторні захворюваннями, з позитивним психічним станом (ППС) достовірно менше тривожні і агресивні, мають підвищену самооцінку. За результатами якісного аналізу даних виявлено, що серед таких дітей більше всього молодших дошкільнят з низькою тривожністю; із середнім рівнем ситуативної агресивності і майже немає дітей з низьким рівнем ситуативної агресивності; більше всього дітей з завищеною самооцінкою.

Діти молодшого дошкільного віку, які часто хворіють на респіраторні захворюваннями, з негативним психічним станом (НПС) достовірно більш тривожні та агресивні, мають занижену самооцінку. За результатами якісного аналізу даних виявлено, що таких дітей більше всього серед молодших дошкільнят із середнім і високим рівнем тривожності, з високим рівнем ситуативної агресивності і з заниженою самооцінкою.

Виявлений достовірний взаємозв'язок психологічних особливостей у дітей молодшого дошкільного віку, що часто хворіють респіраторними

захворюваннями. Так, у дітей, що хворіють респіраторними захворюваннями, з позитивним психічним станом (ППС) чим гірше психічний стан, тим вище рівень тривожності, індекс тривожності. Діти з негативним психічним станом при заниженій самооцінці частіше виявляють ситуативну агресію.

У дітей, які часто хворіють на респіраторні захворювання, з негативним психічним станом (НПС) чим гірший психічний стан, тим самим вище рівень тривожності і індекс тривожності. Чим нижче самооцінка у таких дітей, тим більше виражений негативний психічний стан, тривожність і індекс тривожності. Діти з негативним психічним станом частіше виявляють ситуативну агресію.

Для всіх дітей, що часто хворіють респіраторними захворюваннями, незалежно від того психічний стан позитивний чи негативний, характерний взаємозв'язок між тривожністю, індексом тривожності і психічним станом. Чим менш благополучний психічний стан, тим вище рівень тривожності у дітей з респіраторними захворюваннями.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гойда Н.Г., Моїсєєнко Р.О., Бережний В.В. Стан та основні напрямки розвитку охорони здоров'я матерів та дітей в Україні // Зб. наук. пр. співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. — К., 2011. — Кн. 2. — Вип. 10.
2. Здоров'я населення України та діяльність лікувально-профілактичних закладів системи охорони здоров'я. — К.: Центр мед. статистики. — 2011. — 91 с.
3. Ковальський О.В., Няньковський С.Л. Фактори ризику порушення стану здоров'я дітей першого року життя за даними комп'ютерного моніторингу // Вісник наук. досліджень. — 2012. — № 3–4. — С. 25-28.
4. Лук'янова О.М., Антипкін Ю.Г. Медико-соціальні аспекти здоров'я дітей в наукових програмах України з проблем дитинства // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2012. — № 1. — С. 5-9.
5. Сагаль І.Р., Слободян Л.М., Лобода В.Ф., Волинець В.Б. Особливості гострих респіраторних захворювань у часто хворіючих дітей // I Всеукр. наук.-практ. конф. з питань імунології та педіатрії. Перинатологія та педіатрія. — 2011. — № 3. — С. 98.
6. Бобильова О.О., Бережнов С.П., Мухарська Л.М. та ін. Проблема інфекційної захворюваності залишається актуальною проблемою системи охорони здоров'я та держави // Сучасні інфекції. — 2011. — № 1. — С. 4-10.
7. Сагаль І., Слободян Л., Лобода В. та ін. Результати комплексного клініко-соціального дослідження стану здоров'я дітей, які часто хворіють на гострі респіраторні захворювання // ПАГ — 2013. — № 4. — С. 70.
8. Сіренко О.І. До питання формування синдрому часто хворіючих дітей в екологічно несприятливих умовах // I Всеукр. наук.-практ. конф. з питань імунології та педіатрії. Перинатологія та педіатрія. — 2013. — № 3. — С. 98.
9. Сіренко О.І., Лапіна І.Г., Лапін А.М. Реабілітація часто хворіючих дітей // I Всеукр. наук.-практ. конф. з питань імунології та педіатрії. Перинатологія та педіатрія. — 2011. — № 3. — С. 98.

10. Bartlett J. G. Management of respiratory tract infection. 3rd Ed. Philadelphia. 2011. P. 178–182.
11. Albitskiy V.Yu., Baranov A. A., Kamayev I. A. Frequently ailing children. Nizhniy Novgorod: Publishing house NizhGMA. 2013. 174 pp.
12. Samsygina G. A. Frequently ailing children: problems of pathogenesis, diagnostics and treatment. Consilium medicum. 2014; 6 (2): pp. 3–8.
13. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : метод. рек. / Н.П. Бочкор, Є.В. Дубровська, О.В.Залеська та ін. // За заг. ред. Панка – Київ: МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. – 84 с.
14. Сухомлинський В.О. Квітка сонця: притчі, казки, оповідання / В.О. Сухомлинський; пер. Д.С. Чередниченка. – Х.: ВД «Школа», 2014. – 240 с.
15. Alanko K. Childhood gender atypical behavior and adults same-sex sexuality : genetic and environmental influences and associations with recalled parent-child relationships and current psychiatric symptoms / Katarina Alanko. — Finland : Abo Akademi University, 2010. — 159 p.
16. Pinsof W. M. Family psychology: the art of the science / William M. Pinsof, Jay Ledow. — UK : Oxford University Press, 2005. — 590 p.
17. Salmon C. A. Family Relationships / Catherine A. Salmon, Told K. Shckelford. — USA : Oxford University Press, 2007. — 376 p.
18. Беш Л.В. лікування гострих респіраторних вірусних інфекцій у дітей, які часто хворіють: прості відповіді на складні запитання/ Л.В.Беш, О.І.Мацюра// Здоров'я України.- 2015.- Режим доступу: http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2012_Pediatr_4/50-51.pdf

Анотація

Психологічні особливості, як підвищена тривожність і агресивність здійснюють сильний вплив на дошкільнят. Дитина, виявляє високу тривожність, може бути невпевненою, чекатиме невдач. У такого дошкільника з'являються страхи, агресія, яка може виступати у ролі захисного механізму. Тривога негативно впливає на розвиток особистості, з нею пов'язані різні психічні розлади, такі як істерія, фобії, нав'язливі стани. Так, у дитячому садку тривожна дитина буде виявляти підвищену напругу, боязкість. Вона може спостерігати усе з явною напругою і боязкістю, дуже тихо вітатися і сідати тільки на краєчок стільця, може здатися, що дитина чекає на якихось неприємностей.

Природно, що психічний стан дитини, що часто хворіють, буде значно відрізнятися від психоемоційного стану здорової дитини, та серед дитячого населення абсолютно здорових дітей немає. Усі діти будь-якого вікового періоду хворіють на респіраторні захворювання, а діти молодшого дошкільного віку більш вразливі, і більш схильні до подібних захворювань.

Abstract

Psychological features, such as increased anxiety and aggressiveness, have a strong impact on preschoolers. The child shows high anxiety, may be insecure, will expect failure. Such a preschooler develops fears and aggression, which can act as a protective mechanism. Anxiety has a negative effect on the development of the personality, various mental disorders are associated with it, such as hysteria, phobias, obsessive states. Yes, in kindergarten, an anxious child will show increased tension and timidity. She can observe everything with obvious tension and timidity, greet very quietly and sit only on the edge of the chair, it may seem that the child is waiting for some trouble.

It is natural that the mental state of a child who is often ill will be significantly different from the psycho-emotional state of a healthy child, and there are no absolutely healthy children among the children's population. All children of any age

suffer from respiratory diseases, and children of younger preschool age are more vulnerable and more prone to such diseases.